	ZZ/01/F13	Rok 2019
	AKTUALIZACJA DANYCH OSOBOWYCH	Wersja 1


1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Nazwisko panieńskie
3. Data i miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. Adres zameldowania : województwopowiat
.....gmina.....ulicanr domu
nr lokalu..... miejscowość kod pocztowy.....
telefon kontaktowy..... **adres e mail**
6. Adres zamieszkania / Adres do korespondencji (podać w przypadku gdy adres jest inny niż zameldowania

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), **Szpital Pomorskie Sp. z o.o.** informuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpital Pomorskie Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia**
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail iod@szpitalepomorskie.eu
3. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 22¹ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz. 917) oraz Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych
4. Podanie danych w zakresie wynikającym z Kodeksu pracy jest obowiązkowe, pozostałe dane przetwarzamy za Pani/Pana zgodą na przetwarzanie
5. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym
6. Dane przechowywane będą przez okres: do odwołania przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych;
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

KLAUZULA ZGODY

	ZZ/01/F13	Rok 2019
	AKTUALIZACJA DANYCH OSOBOWYCH	Wersja 1

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Szpitalę Pomorskie Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia**
2. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na wysyłanie pasków wynagrodzeń oraz deklaracji PIT 11 na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Zostałem poinformowany o moich prawach i obowiązkach. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić